

Bestuurskosten in de gezondheidszorg

Citation for published version (APA):

Hermans, M. (1992). Bestuurskosten in de gezondheidszorg. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/1992

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SAMENVATTING

De besturing van de gezondheidszorg door de overheid is steeds toegenomen. Als gevolg daarvan zijn ook de bestuurskosten blijven stijgen. De bestuurskosten zijn niet de kosten van de directe zorgverlening, maar de kosten van de bestuurlijke infrastructuur. Dit vermoeden is echter nooit met cijfermateriaal onderbouwd. Het doel van deze studie is dan ook een aanzet te geven tot de inventarisatie en kwantificering van de bestuurskosten in de gezondheidszorg.

Bestuurskosten zijn het gevolg van overheidsbesturing. Hiertoe staat de overheid een viertal instrumenten ter beschikking. Dit zijn wetgeving, prikkels, voorzieningen en informatie. Ten aanzien van de gezondheidszorg lijken wetten vaakst te worden gehanteerd.

Om het inzicht in de bestuurskosten te vergroten is naar aanknopingspunten gezocht in de economie. De nieuwe institutionele economie blijkt het beste aan te sluiten. Tot de nieuwe institutionele economie behoort onder meer de transactiekostenbenadering. Volgens de transactiekostenbenadering zijn regels op te vatten als transacties en worden bij de naleving bestuurskosten gemaakt.

Verder is sprake van grote begripsmatige onduidelijkheid. In iedere publicatie worden andere benamingen en definities gehanteerd. Voorbeelden van benamingen zijn beleidskosten, plankosten en bureaucratiekosten. Op grond van een aantal gemeenschappelijke kenmerken is voor de volgende definitie gekozen: bestuurskosten zijn de kosten van de bestuurlijke infrastructuur bij overheden en particulieren die het gevolg zijn van overheidsbesturing. In deze studie wordt uitgegaan van de enge benadering van bestuurskosten, zodanig dat alleen de kosten bij overheden en particulieren worden meegerekend voorzover zij het gevolg zijn van overheidsbesturing. Bestuurskosten in brede zin bestaan daarnaast uit de kosten die instellingen maken als gevolg van de interne besturing en als gevolg van het naleven van onderlinge afspraken tussen instellingen.

Inventarisatie van bestuurskosten zou geen probleem zijn wanneer bestuurskosten een aparte post zou vormen op begrotingen. De rijks-, provincie- en gemeentebegrotingen zijn echter ingedeeld naar inkomsten en uitgaven. Zij geven geen inzicht in kosten en baten en dus ook niet in bestuurskosten. Door de recente invoering van de prestatiebegroting zou hier in de toekomst verandering in kunnen komen. Een opgesteld plan of een verleende vergunning kan immers als een prestatie worden aangemerkt. Vooralsnog wordt de prestatiebegroting echter niet op grote schaal toegepast. Ook de jaarrekeningen van instellingen hanteren de post "bestuurskosten" niet. Is men dus geïnteresseerd in de hoogte van de bestuurskosten, dan is men genooddaakt de bestuurskosten zelf te meten. Dit is hier dan ook getracht. Aangezien het niet gebruikelijk is om bestuurskosten te meten, bestaat ook geen vaste methode om dit te doen. In deze studie zijn dan ook diverse methoden uitgeprobeerd om bestuurskosten te kwantificeren. Dit is als volgt gebeurd.

De eerste werkwijze om de bestuurskosten te meten vindt plaats aan de hand van het hoofdstuk "kosten van beleid, administratie en beheer" van het Financieel Overzicht. Het Financieel Overzicht is een bijlage bij de begroting van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het bevat gegevens omtrent volume en kosten van gezondheidszorgvoorzieningen en vormt tevens een macro-budget voor de totale gezondheidszorg. Het Financieel Overzicht is tegenwoordig ingedeeld naar soorten voorzieningen, zoals ziekenhuizen en voorzieningen voor ouderen. Daarnaast bevat het Overzicht een hoofdstuk "kosten van beleid,

administratie en beheer". Hiertoe worden gerekend de kosten van de overheden, verzekeraars en adviesorganen. Uitgaande van de definitie van bestuurskosten is dit kostenoverzicht echter niet compleet. Ook instellingen, individuele beroepsbeoefenaren en andere directe werkers in de gezondheidszorg maken immers bestuurskosten. Om het hoofdstuk "kosten van beleid, administratie en beheer" te completeren zijn aanvullingen gezocht aan de hand van statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Het nadeel hiervan is dat deze aanvullingen een zekere hoeveelheid ruis bevatten. Deze kosten zijn namelijk inclusief bijvoorbeeld de kosten van intern overleg, die natuurlijk niet het gevolg zijn van overheidsbesturing. Met deze kanttekening heeft de gegevensverzameling het volgende opgeleverd. De bestuurskosten volgens het Financieel Overzicht (de kosten van beleid, administratie en beheer) vormen bijna vijf procent van de totale kosten van de zorgsector. De bestuurskosten maken maximaal twaalf procent uit van de totale kosten. Uitgedrukt in het aantal formatieplaatsen betekent dit dat de zorgsector per drie directe zorgverleners één indirecte medewerker telt.

De tweede benadering om de bestuurskosten te bepalen vormt de inventarisatie van de doorlooptijd van de opstelling van planningsbesluiten en van de afhandeling van vergunningaanvragen op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De doorlooptijd is de tijd die verstrijkt tussen het begin en het einde van een procedure. Artikel 18 betreft kostbare apparatuur of behandelingen die een zeer specifieke kennis vereisen. Zij worden ook "bijzondere voorzieningen" genoemd. Voorbeelden zijn hartchirurgie of In Vitro Fertilisatie. Planningsbesluiten geven aan welke instellingen welke artikel 18-voorzieningen mogen verstrekken. De doorlooptijd van de totstandkoming van de planningsbesluiten is geïnventariseerd aan de hand van circulaire, brieven, beleidsadviezen, in de Staatscourant gepubliceerde besluiten, enzovoort. De doorlooptijd van de afhandeling van vergunningaanvragen is bepaald door de Limburgse ziekenhuizen te benaderen met de vraag hoeveel tijd was verstreken tussen de indiening en de afhandeling van een vergunningaanvraag. De wettekst van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen schrijft voor dat de staatssecretaris een planningsbesluit voor een artikel 18-voorziening opstelt na advies te hebben ingewonnen van de Gezondheidsraad of de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Colleges van Gedeputeerde Staten en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Nadat een planningsbesluit is gepubliceerd kunnen instellingen vergunningaanvragen indienen. Deze worden beoordeeld door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en het betreffende College van Gedeputeerde Staten, waarna een vergunning al dan niet wordt verleend. In de praktijk verliep de procedure aanzienlijk minder soepel dan de wettekst doet vermoeden. Er ontstond in de loop der jaren een stuwmeer van aanvragen, omdat de planningsbesluiten zolang op zich lieten wachten. De meting van de doorlooptijd van de opstelling van de planningsbesluiten heeft het volgende opgeleverd. In het snelste geval bedroeg de doorlooptijd ruim twee jaar, maar in het langzaamste geval duurde het ruim dertien jaar voordat een planningsbesluit werd afgekondigd. Dit heeft ertoe geleid dat in bepaalde gevallen een "generaal pardon" is verleend voor verlenging van reeds verstrekte vergunningen om de wachttijden niet nog langer te laten worden. Desalniettemin varieerde de doorlooptijd van de afhandeling van vergunningaanvragen toch nog van één tot vijf jaar.

De derde invalshoek om de bestuurskosten te meten vormt de inventarisatie van de tijd die is besteed aan de totstandkoming van een plan op grond van artikel 4 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Artikel 4 schreef voor dat provincies in alle regio's ten aanzien van alle categorieën van voorzieningen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, plannen moesten opstellen, waarin moest worden aangegeven

waar hoeveel bedden of plaatsen beschikbaar waren en in de toekomst moesten zijn. Terwijl de meting plaatsvond is deze regeling aangepast. De meting is verricht aan de hand van de totstandkoming van het verpleeghuisplan in de provincie Limburg. Hiertoe is de tijd geïnventariseerd die alle direct betrokkenen minimaal aan de opstelling van het plan hebben besteed. In de wettekst van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen is beschreven hoe een provinciaal plan tot stand diende te komen. Deze procedure was als volgt. De staatssecretaris verstrekke een aanwijzing en richtlijnen aan een provincie om een plan aangaande een bepaalde regio te ontwerpen. De provincie dient vervolgens het plan op te stellen, waarna betrokkenen in de regio hun eventuele bezwaren kenbaar kunnen maken in een inspraakronde. Na afloop hiervan stuurde de staatssecretaris het ontwerp ter advisering naar het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Hierna stelde de staatssecretaris het ontwerp vast en werd een ontwerp een definitief plan.

Eind 1983 ontving de provincie Limburg een aanwijzing om een verpleeghuisplan te ontwerpen. Inmiddels was in de provincie Limburg de experimentele invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van start gegaan. Hierdoor is men er bij de opstelling van het verpleeghuisplan van uitgegaan dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zou opgaan in de Wet Voorzieningen gezondheidszorg, hetgeen in het begin van de jaren tachtig in de lijn der verwachtingen lag. Met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg beoogde het parlement onder andere het veld meer bij de besturing van de gezondheidszorg te betrekken. Bovendien zou het bereik van de wet zich uit gaan strekken over de tweede- en de eerstelijns. Hierop anticiperend besloot de provincie tot een uitgebreide inspraak van betrokkenen en tot verruiming van de planning over de gehele langerdurende zorg. Aan de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid is de opstelling van het ontwerpplan uitbesteed. Deze opstelling moest gebeuren aan de hand van een beleidsnotitie van de provincie. De Provinciale Raad stelde een plangroep in, waarin instellingen, de eerstelijns, gemeenten, verzekeraars, de inspectie en de provinciale griffie vertegenwoordigd waren. Dit resulteerde eind 1987 in een ontwerp-plan. Inmiddels waren echter de voorstellen tot deregulering van de Commissie-Dekker bekend geworden. Deze hielden onder meer globalisering van de planning in. Dit betekende dat de provincie het ontwerpplan weer moest aanpassen en uiteindelijk begin 1989 met de bezwarenronde kon beginnen.

De inventarisatie van de bestede tijd heeft geleerd dat in de loop van zes jaren met de opstelling minimaal 731 directe full time dagen, dat wil zeggen ruim drie mensjaren, gemoeid zijn geweest.

De eindconclusie luidt dat elk van de drie methoden geschikt is om de bestuurskosten te meten. Afhankelijk van de eisen die men stelt bijvoorbeeld aan de tijd die de gegevensverzameling in beslag mag nemen of aan het aggragatieniveau waarover men uitspraken wenst te doen, zal men één van de methoden kunnen kiezen.

SUMMARY

The administration of health care by the government has increased. As a result the administrative costs have risen as well. Health care administrative costs are not the costs of taking care of patients, but the costs of the administrative system. This supposition however, has never been tested with figures. This study attempts to measure the health care administrative costs.

In order to increase the knowledge on administrative costs a link was sought to economic theories. The Neoinstitutional Economics appears to connect best. The transaction costs approach is part of the Neoinstitutional Economics. According to the transaction costs approach laws can be seen as transactions. The compliance of laws generates administrative costs.

There are a lot of different names and definitions of administrative costs. In every publication a different name and definition is found, such as costs of bureaucracy, costs of planning. Based on a number of common characteristics, the following definition has been chosen: administrative costs are the costs of the administrative system to public and private organizations caused by government health care policy. Particularly in the United States-literature, a broader definition is used. Here, the health care administrative costs do not just encompass administrative costs related to government health care policy, but also all other administrative costs not directly related to government health care policy.

Measuring administrative costs would not have been a problem if administrative costs would be shown on a budget. However, national, provincial and local authority budgets contain receipt and expenditure figures. They do not provide information concerning costs and benefits. Neither do they show the costs of private institutions, like hospitals or insurance companies, caused by government health care policy. That is why administrative costs are also called "hidden costs".

This implies that if you would like to know how high the administrative costs are, you have to measure them, which has been tried in this study. There are a number of reasons why health care administrative costs are difficult to measure. There is the definition problem, as mentioned above. It is more difficult to measure the health care administrative costs as one moves to a more disaggregated level, for instance of a specific law or project. The existing data are not reliable.

Also, there is no fixed method to measure administrative costs. Several possible methods have been tried here.

First, the starting point was the chapter "costs of policy, administration and management" of the Financial Health Care Survey. The Financial Survey is added as an appendix to the budget of the Department of Health. It presents figures on the projected and real costs of health care facilities and at the same time it is the national health care budget. The chapter "costs of policy, administration and management" comprises the costs of governments, insurance companies and advisory bodies. This means that, compared to the definition of health care administrative costs, the administrative costs of private organizations and individuals are lacking. To complete the picture additional figures have been collected, using statistics from the Central Bureau of Statistics and the National Hospital Institute. The result was that according to the Financial Health Care Survey nearly five percent of total health care costs represent "costs of policy, administration and management". The health care administrative costs on the other

hand represent nearly twelve percent of the total costs. If you look at the number of people working in the sector, one in every three people working in the health care is a member of the administrative staff.

Second, the time spent between the start and finish of a legal procedure was measured. The health care administrative costs were expressed in money, but in time. This method was used on measuring article 18 of the Hospital Facilities Act. Article 18 deals with costly equipment and treatments that require very special knowledge, like cardiac surgery. So called planning resolutions state which hospitals may provide which facilities. The time of the transaction of licence applications is measured by asking the Limburg hospitals how long it took to receive a reaction on a licence application. Because the design of the planning resolutions took so much time, a queue of licence applications developed. This meant that the time between start and finish of the design of planning resolutions was two years at the minimum, but sometimes it took more than thirteen years. The time between the application and the transaction of licences appeared to vary from one to five years.

Third, the total time spent on the implementation of a regional hospital facility plan, based on article 4 of the Hospital Facilities Act was measured. Article 4 of the Hospital Facilities Act requires provinces to draw up regional plans for all categories of health care facilities, such as hospitals and nursing homes. The time measured, it took civil servants to draw up a plan on nursing homes in Limburg. In the end, after six years of planning, the result of the measurement was that it had taken at least 731 full time days to draw up the plan.

The overall conclusion of this study is that, although the health care administrative costs have seldom been measured, it is proven to be possible. Several methods have been tried. They all have restrictions, but at least they give some idea on the size of the health care administrative costs.